21

THESE

DE

José Mariano Barrozo.

1870

APRESENTADA

A FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

PARA SER SUSTENTADA

EM NOVEMBRO DE 1870

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

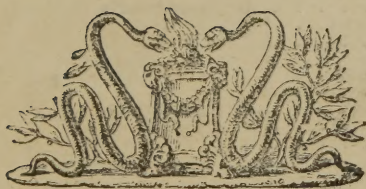
POR

JOSÉ MARIANO BARROZO,

Cavalheiro da Imperial Ordem da Rosa, ex-primeiro Cirurgião em commissão do Corpo de Saude do Exercito, condecorado com a medalha de Campanha do Paraguay,

Filho legitimo de José Gonsalves Barrozo e D. Maria Antonia Barrozo,

NATURAL DA BAHIA.

> Dirigez toutes vos actions de manière à atteindre, autant que possible, le dernier terme de votre profession, que est de conserver la vie, de retablir la santé, et d'alleger les souffrances d'autrui.
>
> (HUFELAND.)

TYPOGRAPHIA DE J. G. TOURINHO

1870.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. João Baptista dos Anjos.

VICE-DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. Vicente Ferreira de Magalhães.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.º ANNO.
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães .	Physica em geral, e particularmente em suas applicações à Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva.	Chimica e Mineralogia.
Adriano Alves de Lima Gordilho . . .	Anatomia descriptiva.
	2.º ANNO.
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Adriano Alves de Lima Gordilho. . . .	Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.º ANNO.
Cons. Elias José Pedroza	Anatomia geral e pathologica.
José de Goes Sequeira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
	4.º ANNO.
Cons. Manoel Ladislão Aranha Dantas. .	Pathologia externa.
. . . .	Pathologia interna.
Conselheiro Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
	5.º ANNO.
. . . .	Continuação de Pathologia interna.
José Antonio de Freitas.	Anatomia topographica, Medicina operatoria, e apparelhos.
. . . .	Materia medica, e therapeutica.
	6.º ANNO.
. . . .	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene, e Historia da Medicina.
. . . .	Clinica externa do 3.º e 4.º anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.º e 6.º anno.

OPPOSITORES.

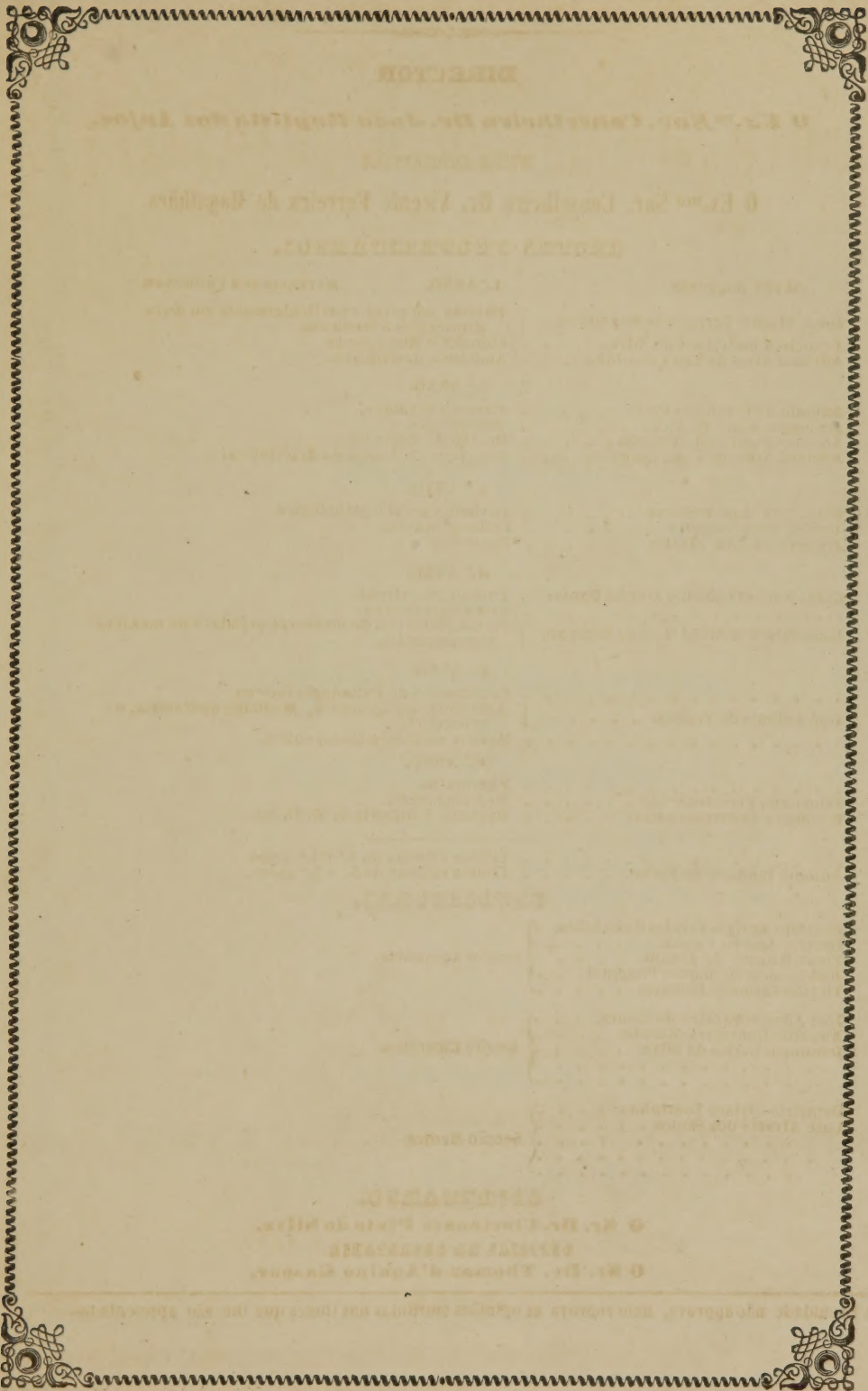
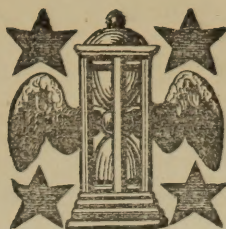
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães. .	Secção Accessoria.
Ignacio José da Cunha.	
Pedro Ribeiro de Araujo.	
José Ignacio de Barros Pimentel. . .	
Virgilio Clymaco Damazio	
José Affonso Paraizo de Moura. . . .	Secção Cirurgica.
Augusto Gonçalves Martins.	
Domingos Carlos da Silva.	
. . . .	
. . . .	
Demetrio Cyriaco Tourinho	Secção Medica.
Luiz Alvares dos Santos	
. . . .	
. . . .	
. . . .	

SECRETARIO.

O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

A MEMORIA DE MEUS AVOS

Veneração.

Á MEMORIA DE MEUS IRMÃOS

Uma lagrima de saudade.

Á MEMORIA DE MEU BOM AMIGO E PADRINHO

O DOUTOR

JOAQUIM ANTONIO DE OLIVEIRA BOTELHO

Ah!...... si j'avais de paroles
Des images, des symboles,
Pour peindre ce que je sens...

(LAMARTINE.)

Á MEMORIA

DE

MEUS PARENTES

Lembrança.

Á MEUS BONS PAES E VERDADEIROS AMIGOS

O SENHOR

JOSÉ GONSALVES BARROZO

E A SENHORA

D. MARIA ANTONIA BARROZO.

Vós tinheis uma unica ambição que era ver-me medico, e eu uma unica esperança que era satisfazer aos vossos desejos. A' vós custou essa ambição muitos sacrificios, e a mim essa esperança seis annos de lucubrações. Não importa.

Todos estes exforços tanto vossos como meus forão abençoados por Deus. Hoje cinge-me a fronte o laurel de Doutor em Medicina, porém antes de encetar tão ardua quão nobre e santa profissão, vos peço que me abençoeis para que eu possa ser completamente feliz.

Á MEUS IRMÃOS

Amor fraternal.

Á MEUS SOBRINHOS

Muita amisade.

A MEUS AFILHADOS

Muita amisade.

A MEUS COMPADRES

Estima e consideração.

Á MEU PADRINHO E AMIGO

O ILLUSTRISSIMO SENHOR

Dr. Antonio José da Fonseca Lessa

Reconhecimento e sincera amisade.

Á EXCELLENTISSIMA SENHORA

D. BRASILIA AUGUSTA CHAVES BOTELHO

E SEUS INNOCENTES FILHINHOS

Alta consideração e estima.

À EXCELLENTISSIMA SENHORA

D. ANNA JOAQUINA D'OLIVEIRA BOTELHO

E SUA EXCELLENTISSIMA FAMILIA

Muita consideração e respeito.

Á TODOS OS MEUS AMIGOS

ESPECIALMENTE OS SENHORES

Dr. Antonio de Souza Dantas
Dr. José Theodosio de Sousa Dantas
Pharmaceutico Augusto Cesar Diogo
Dr. Joaquim Estanislau da Silva Gusmão
Pharmaceutico Augusto Alves de Abreu
Dr. Alexandre Marcellino Bayma
Dr. José de Teive e Argollo
Dr. Francisco Lino Soares de Andrade
Dr. Arthur Ceser Rios
Dr. Paulino Pires da Costa Chastinet
Dr. Joaquim Januario dos Santos Pereira
Dr. Archimimo José Correia
Dr. Felix Moreno Brandão
Dr. Virgilio Pires de Carvalho e Albuquerque
Dr. Satyro de Oliveira Dias
Dr. Francisco Geraldo da Cunha

E SUA EXM.ª SENHORA.

É indisivel o praser que sinto por ter occasião de dar uma prova de quanto vos estimo e sou grato.

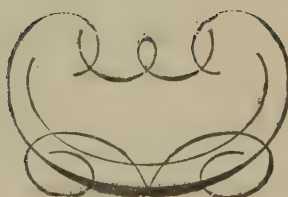
À TODOS OS MEUS PARENTES

Amisade.

A TODOS OS MEUS MESTRES

Consideração e respeito.

Á TODOS OS MEUS COLLEGAS

Um adeus.

FRACTURAS DO COLLO DO FEMUR E SEU TRATAMENTO.

DISSERTAÇÃO.

Fractura é toda solução de continuidade de um ou muitos ossos produsida pela violencia de uma causa exterior, ou pela contracção violenta e subita dos musculos.

O collo do femur póde ser fracturado em diversos pontos de seo comprimento.

A séde em relação a inserção da capsula fibrosa tem dado lugar ás diversas denominações das fracturas desta parte do femur: assim ellas são intra-capsulares quando á séde é dentro da capsula articular, extra-capsulares quando a séde é fóra.

Para Malgaigne basta a distincção em intra e extra-capsulares; a maior parte dos authores porém admittem uma terceira variedade de fractura, cuja séde é em parte dentro e em parte fóra, a qual teem elles chamado mixta.

Não repugna acceitar esta terceira variedade de fractura quando sabemos, porque a anatomia nos diz, que a capsula fibrosa se insere para diante na base do collo e para traz na união do terço externo com os dous terços internos; de modo que a porção articular do collo tem mais extensão para diante do que para traz, e conseguintemente a fractura si-

tuada muito perto da inserção do ligamento póde ser intra-capsular para diante e extra para traz.

As fracturas intra-capsulares são ordinariamente perpendiculares ao eixo do collo e situadas perto da cabeça do femur.

Algumas veses porém ellas são obliquas de cima para baixo e de dentro para fóra; outras veses ainda que excepcionalmente em vez desta obliquidade simples as superficies dos fragmentos são tão asperas que elles se encravão e se retem mutuamente tornando-se então o deslocamento pouco consideravel e até nullo por algum tempo, e não é senão em consequencia de movimentos do doente ou de manobras do cirurgião que o deslocamento tem lugar.

Haja vista o facto citado por Goyrand de uma mulher de setenta annos que cahindo de uma janella sobre o grande trochanter e tendo fracturado o collo do femur dentro da capsula, poude entretanto levantar-se, entrar para casa e entregar-se á seos affaseres, e só passado um quarto de hora começou ella a sentir dôr viva na virilha e rotação do membro para fóra que a impossibilitarão de marchar.

Quando os fragmentos se deslocão, o inferior executa um deslocamento segundo a espessura dirigindo-se para cima e para traz e outro segundo a direcção voltando-se sobre si mesmo de dentro para fóra, ficando o fragmento superior preso a cavidade cotyloide ja pela pressão do fragmento opposto, já pela pressão atmospherica.

O periosteo n'estas fracturas póde não ser alterado, porém, mais constantemente se o encontra rôto em uma parte de sua circumferencia; não é raro tambem apresentar-se elle roto de um lado e descollado do lado opposto.

A capsula synovial póde participar da alteração do periosteo, a que ella é intimamente unida; assim ella póde se apresentar um pouco espêssa, menos transparente e cheia em sua cavidade de um liquido seroso sanguinolento.

A capsula articular ordinariamente fica intacta n'esta variedade de fractura, á menos que sua causa productora seja muito violenta, porque então a poderemos encontrar rôta ou perforada.

Além d'estas variedades anatomicas observadas no interior da articulação coxo-femoral, diversas lesões pódem ainda complical-as: assim o collo do femur póde ser fracturado cominutivamente, assim como a cabeça do osso; o grande trochanter e a extremidade superior do femur

podem ser tambem fracturados; póde haver uma inflammação synovial, lesão à que algumas veses succumbem os doentes; emfim de concumitancia com estas fracturas póde existir a do rebordo da cavidade cotyloide e a perforação da mesma.

As fracturas extra-capsulares occupão a base do collo, sua direcção é opposta á que ordinariamente apresentão as intra-capsulares. Como já dissemos estas são obliquas de cima para baixo e de dentro para fóra, emquanto que aquellas o são de cima para baixo e de fóra para dentro. Ellas commummente são seguidas de penetração dos fragmentos.

Quando porém isto não acontece elles deslocão-se já segundo a espessura, já segundo a direcção. Denonviliers descreve este ultimo deslocamento do modo seguinte: o fragmento interno se dirige de cima para baixo e de traz para diante de modo que forma com o externo um angulo de vertice anterior. As fracturas extra-capsulares podem ser complicadas quer de fractura simples ou multipla do grande trochanter, quer de uma grande contusão capaz de produsir infiltrações sanguineas ou mesmo accidentes inflammatorios.

Vidal de Cassis, Astley Cooper e outros querem que das fracturas do collo do femur sejão as intra-capsulares as mais frequentes, ao contrario do que pensão Nelaton, Bonnet, Adolphe Richard e outros.

ETIOLOGIA.

Dividiremos com os authores as causas das fracturas do collo do femur em predisponentes e occasionaes.

A idade é causa predisponente de tal importancia que para alguns authores ella é indispensavel á producção de fracturas intra-capsulares. Na verdade Dupuytren nos affirma que nunca teve occasião de observar caso algum em individuos de menos de cincoenta annos, ao mesmo tempo refere-nos Astley Cooper que sobre dusentos e vinte cinco casos de fracturas intra-capsulares, só dous pertencião a individuos que contavão menos de cincoenta annos. Vidal de Cassis porém é de opinião que ellas pódem se dar tambem já na idade adulta, já na juventude como provão as observações de Langstaff e Stanley.

Todas as idades estão sujeitas as fracturas extra-capsulares, que são seguidas de penetração de fragmentos nos velhos robustos cujo collo do femur não tem adquirido a fragilidade que o dispõe as fracturas intra-capsulares; porquanto sabemos que estas fracturas são mais frequentes na velhice por causa das modificações que soffre o collo do femur n'esta phase da vida. Na verdade vê-se o tecido osseo soffrer uma atrophia em consequencia da qual a camada compacta do osso adelgaça-se assim como as laminas do tecido esponjôso, cujas cellulas tomão maiores proporções. A medulla predomina n'esta porção do osso que é como embebida d'ella, alteração que produz um amollecimento tal que muita vez somente o peso do corpo basta para mudar a direcção do collo do femur. A atrophia senil do tecido osseo ainda é mais notavel nas mulheres velhas e muito gordas, o que n'ellas explica com a maior saliencia do grande trochanter, a frequencia d'estas fracturas.

As causas occasionaes são as quedas sobre o grande trochanter, sobre os pés ou sobre os joelhos. Robert refere-nos que sobre cincoenta e sete casos de observação somente um foi devido a um passo falso, todos os outros porém forão consequencia de uma quéda sobre o grande trochanter. Convém entretanto observar que mais ordinariamente esta causa produz fracturas extra-capsulares; emquanto que as intra-capsulares são quasi sempre produsidas por uma violencia indirecta, isto é, por uma força que obre sobre a extremidade inferior do femur.

Ha algumas causas capases de produsir fracturas do collo do femur, as quaes o cirurgião que principia deve ter muito em mira, porquanto a primeira vista parecem incapases de produsir lesão tão grave; por exemplo: o individuo que andando em um passeio de uma rua, e que seo pé resvale sobre o bordo do mesmo passeio apoiando-se repentinamente sobre o centro d'ella mais baixo algumas pollegadas, pode fracturar o collo do femur e ordinariamente a fractura será intra-capsular.

O individuo que sentado em uma cadeira voltar-se para traz e que alguma desigualdade do solo obste que seo pé accompanhe o movimento do corpo, póde fracturar o collo do femur.

SYMPTOMATOLOGIA E DIAGNOSTICO.

Quando um individuo é victima de uma fractura do collo do femur, si a solução de continuidade é consequencia de uma queda sobre o grande trochanter, elle não póde levantar-se: si porém ella foi produsida na attitude vertical, elle cahe quando pretende utilisar-se do seo membro.

Levado ao leito o doente toma o decubito dorsal, o membro fracturado é mais curto que o membro são, a coxa está em uma ligeira abducção, a perna um pouco dobrada, o calcanhar collocado atraz do malleolo interno do lado opposto e a ponta do pé virada para fóra, emfim todo o membro voltado sobre o seo eixo de dentro para fóra, sem que o doente possa modificar essa posição, nem tão pouco levantar o pé do plano de sustentação. Por este resumo de symptomas vê-se que as fracturas do collo do femur são essencialmente caracterisadas pela abolição das funcções do membro, pelo encurtamento, rotação para fóra, e além disso pela crepitação e pela extensão dos movimentos em arcos de circulo do grande trochanter.

Estudaremos separadamente estes differentes symptomas afim de apreciarmos seo valôr relativo, assim como as modificações que elles podem apresentar.

A impossibilidade em que se vê o doente de revirar o seo membro e levanta-lo do plano de sustentação é um dos symptomas mais frequentes e importantes das fracturas do collo do femur. Entretanto a historia da cirurgia refere factos de individuos accommettidos de fracturas do collo do femur que tem podido uns levantar-se, caminhar e procurar seo domicilio, outros imprimir no decubito dorsal movimentos de flexão sobre a bacia, outros caminhar por alguns dias arrimados a um bastão como cita Boyer, e outros casos analogos citados por Sabatier.

Dupuytren procurou explicar esses factos pela direcção da fractura ou pela conservação do tecido fibroso. Pelo que fica dito vê-se que a presença ou ausencia d'este symptoma não indica sempre presença ou

ausencia de fractura, mas quando elle existe constitue uma forte presumpção em favor d'ella.

O encurtamento do membro varia de algumas linhas á duas pollegadas nas fracturas intra-capsulares recentes; nas antigas porém em consequencia talvez da distensão da capsula elle póde-se estender até quatro pollegadas. Nas extra-capsulares o encurtamento é menor, principalmente quando ha penetração de fragmentos; n'estas raramente elle excede de nove linhas. Para aprecial-o colloca-se o doente no decubito dorsal, os membros estendidos parallelamente, as espinhas iliacas collocadas ao mesmo nivel assim como as rotulas e os malleolos internos. Feito isto, o cirurgião mede a extensão comprehendida entre as espinhas illiacas e os malleolos, e certifica-se assim do encurtamento mesmo o mais ligeiro.

O membro nas fracturas do collo do femur póde experimentar uma tal rotação para fóra, que sua face externa torne-se posterior.

Este deslocamento que é commum as duas variedades de fractura, não tem a mesma extensão; elle corrige-se facilmente communicando-se ao fragmento inferior uma rotação contraria á aquella que elle experimentou deslocando-se. Entretanto ha sempre uma resistencia; que serve para demonstrar que a rotação para fóra não é só devida ao proprio peso do membro, mas que musculos poderosos tem tambem parte n'ella; algumas vezes porém esta resistencia depende da posição dos fragmentos.

Paré, Petit, Desault, Dupuytren e outros observarão algumas vezes, em vez de rotação para fóra, rotação para dentro. A rotação para fóra, segundo Gerdy, serve para distinguir a fractura do collo do femur das luxações que a simulão, porque aqui o pé póde, fixa a bacia, ser levado não só para fóra como para traz, o que não acontece quando o collo não é fracturado.

O grande trochanter é ordinariamente menos saliente do que normalmente, salvo quando ha penetração com fractura d'essa parte do osso. Se se imprimir ao membro movimentos de rotação, ver-se-ha o grande trochanter descrever arcos de circulo tanto maiores quanto a fractura se tiver dado mais perto da cabeça do osso; ao passo que descreverá somente movimentos de rotação sobre seu eixo na fractura extra-capsular sem penetração.

A crepitação, symptoma facil de obter-se nas fracturas extra-capsulares, não o é assim nas intra-capsulares, senão quando se restitue ao membro seo comprimento normal. Muitas vezes para aprecial-a é preciso mandar

que o doente se ponha de pé, porque no decubito dorsal ella era insensivel e isto porque na attitude vertical o peso do membro arrasta o fragmento inferior pondo-o d'est'arte em relação com o superior. Não deve entretanto o cirurgião tentar repetidas vezes os meios para a observação d'este symptoma, porque fazendo-o póde romper laços fibrozos necessarios a reparação, ou mesmo destruir penetrações favoraveis a ella. Além d'isto accresce que nas fracturas extra-capsulares é quando o cirurgião póde obter mais facilmente a crepitação, mas n'estas justamente ha tantos outros symptomas importantes, que este póde ser dispensado. Nas intra-capsulares porém elle é muito difficil ou mesmo impossivel de obter-se, portanto entendemos com Adolphe Richard, Nélaton, Vidal de Cassis e outros que o cirurgião deve abster-se d'elle.

Quando a fractura foi produzida por um choque violento sobre o grande trochanter, como acontece nas fracturas extra-capsulares, encontra-se ecchymose, contusão das partes visinhas e mesmo inflammação com dôr e reacção; symptomas estes que faltão quasi sempre nas intra-capsulares, porque sabemos que causas ligeiras e cuja acção se dá mesmo longe do quadril bastão para produzil-as.

A dôr varía segundo a natureza das fracturas; assim nas intra-capsulares ella é fraca no repouso, fazendo-se sentir vivamente na inserção dos musculos psoas e iliaco, e immediatamente abaixo nos movimentos de rotação impressos ao membro, ou quando o doente tenta ter-se de pé.

Nas extra-capsulares além d'estas dôres existem dôres continuas, superficiaes no quadril e parte superior da côxa, dôres que se exacerbão ou pela pressão sobre o trochanter ou pelo menor movimento. Feita a narração d'estes principaes symptomas das fracturas do collo do femur, vê-se que ellas approximão-se por alguns d'elles das luxações e contusões da articulação do quadril; e por couseguinte procurar distinguil-as deverá ser o cuidado do cirurgião.

Na luxação para cima e para dentro ha como na fractura encurtamento do membro e rotação para fóra, mas ha uma saliencia muito pronunciada da cabeça do femur.

Na luxação para cima e para fóra e a que se dá sobre a chanfradura sciatica se distinguem da fractura do collo do femur com rotação do pé para dentro, pela saliencia da cabeça do femur na fossa iliaca externa ou atraz da cavidade cotyloide.

Na luxação sobre o buraco ovalor e na que se dá directamente para

baixo, em vez de um encurtamento, ha allongamento. Demais, nas luxações o membro conserva uma posição fixa; a reducção n'ellas é difficil, mas uma vez feita, o deslocamento não se reprodusirá: ao contrario do que se dá nas fracturas em que ha facilidade de imprimir movimentos ao membro, assim como de redusil-as, mas o deslocamento se reproduz desde que cessa a extensão.

É bem difficil distinguir em muitos casos uma contusão do quadril de uma fractura do collo do femur. Na verdade uma contusão simples póde-se accompanhar dos symptomas seguintes: impossibilidade de elevar o membro em totalidade, apparencia de encurtamento ou pela inclinação da bacia para o lado são, ou por uma extensão incompleta, rotação de membro para fóra, etc. Esta analogia de symptomas tem levado a erros. Haja vista o facto citado por Goyrand de uma mulher de sessenta e quatro annos tratada como tendo uma fractura intra-capsular, e que depois de um mez de tratamento sahio do hospital completamente curada e sem claudicação. Entretanto ha meios pelos quaes o cirurgião póde chegar a estabelecer um diagnostico mais preciso. Quanto ao encurtamento já vimos de que meios póde elle lançar mão para não se deixar enganar.

Examinará tambem as relações naturaes do grande trochanter com a crista illiaca tanto de um lado como de outro.

Procurará emfim produsir a crepitação em casos muito duvidosos, mas se apesar dos meios empregados elle não puder conseguil-a e notar que os movimentos impressos ao grande trochanter se communicão a bacia, terá toda a probabilidade em favôr da não existencia de uma fractura, porque comquanto casos hajão de fracturas com penetração nos quaes é impossivel obter-se crepitação, todavia n'ellas o collo do femur é mais curto e o grande trochanter menos saliente.

Quanto ao diagnostico differencial de cada uma das variedades das fracturas do collo do femur, seria inutil estendermo-nos sobre suas apreciações, depois da analyse que já fizemos de cada um dos symptomas das fracturas intra e extra-capsulares.

PROGNOSTICO.

É sob o ponto de vista do prognostico que será bem util differençar a especie da fractura do collo do femur. Com effeito as fracturas extra-capsulares, como todas as fracturas, consolidão-se por um callo osseo, porque n'ellas ordinariamente ha penetração que pondo os fragmentos em contacto, colloca-os nas melhores condicções para uma reparação ossea. Não acontece porém o mesmo com as intra-capsulares para as quaes Astley Cooper não admitte a possibilidade de tal consolidação, senão nos casos em que em consequencia da obliquidade da fractura ou da conservação do periosteo não tem podido haver deslocamento. Nos outros casos elle a julga impossivel e explica a não consolidação já pela falta de contacto, já pela falta de vida do fragmento superior que recebe seos vasos sómente do ligamento inter-articular, já pela alteração que soffre em sua textura um collo do femur que se fractura (atrophia senil), já pela existencia de synovia entre os fragmentos, e já finalmente pelos movimentos impressos muitas veses aos fragmentos; circumstancia que Dupuytren parece ter considerado como a principal causa da não consolidação d'estas fracturas; alguns authores porém são de opinião que apesar de todas estas condicções desfavoraveis, a consolidação é possivel, opinião apoiada pelas observações publicadas por Amesbury, Van Houte, Stanley, Brulatour etc.

Ora ainda admittindo essa opinião, segundo as experiencias de Richelot e Chassaignac, esses casos de consolidação estarão para os de não consolidação nas proporções de um para cincoenta.

Bem se vê portanto quanto é grave o prognostico das fracturas intra-capsulares, porquanto n'ellas só excepcionalmente o membro lesado poderá um dia funccionar regularmente; em regra geral se poderá dizer que o individuo que tiver a infelicidade de ser victima de uma fractura intra-capsular, claudicará toda sua vida, ou ficará inhabilitado completamente d'este membro. O prognostico não deixa de ser grave nas fracturas extra-capsulares, porque comquanto n'ellas haja ordinariamente consolida-

ção ossea todavia raras veses se conserva a integridade do membro; o encurtamento é quasi sempre irremediavel. A gravidade do prognostico n'estas fracturas sóbe de ponto quando consideramos que são ellas as que mais frequentemente são seguidas das complicações que pódem sobrevir. Provavelmente por serem ellas devidas a uma violencia mais forte e mais directa, são muitas veses complicadas de uma inflammação, de um delirio nervôso, de uma febre adynamica intensa a qual podem succumbir os doentes.

Astley Cooper julgava isto como um caracter d'estas fracturas, porém Malgaigne e outros contestão admittindo somente que ellas são mais sujeitas que as outras.

TRATAMENTO.

Reduzir a fractura e mantel-a reduzida são as primeiras indicações a preencher no tratamento das fracturas. Estas indicações que são realisaveis nas outras fracturas, deixão de sel-o quasi sempre nas do collo do femur. Na verdade sabemos que os apparelhos contentivos são tanto mais inefficazes quanto a séde da fractura é mais proxima do tronco, ora a séde das fracturas de que tratamos está n'estas condições; além disto o fragmento superior é tão curto e movel que escapa á acção dos apparelhos mais bem combinados; todavia tem-se inventado um sem numero de apparelhos applicaveis ao tratamento d'estas fracturas.

A maior parte dos cirurgiões tem confundido as duas variedades de fractura do collo do femur, e portanto considerado que em uma e outra ha as mesmas indicações a preencher; segundo elles os fragmentos devem ser postos em relação e mantidos em uma completa immobilidade, até que se forme o callo: para isso uns querem vencer pela força, aos musculos que tendem a reproduzir o deslocamento, outros pretendem annullar a acção d'elles relaxando-os; assim empregão no tratamento d'estas fracturas extensões repetidas diariamente, extensão permanente e semiflexão simples ou combinada com tracções continuas.

Brunninghausen, Astley Cooper, Guiot e outros attendendo a indicações particulares imaginarão apparelhos capazes de preenchel-as mais ou menos exactamente; assim o primeiro d'elles procurou corrigir a rotação do membro para fóra; para isso collocava o membro lesado na rotação para dentro, o estendia parallelamente ao membro são, ligava os dous joelhos e pés e applicava ao lado externo da coxa uma tala estendida da crista iliaca ao joelho, a qual fixava superiormente por uma cintura e inferiormente pela mesma atadura que cercava o joelho.

Astley Cooper aconselhava na fractura extra-capsular o seguinte: que se ligasse os dous pés e cercasse a bacia de uma larga cintura de couro, que comprehendendo o grande trochanter apertasse os fragmentos um contra o outro.

Guiot achando analogia entre estas fracturas e as da clavicula e notando que depois da cura o collo do femur era sempre mais curto, entendeo que para corrigir este deslocamento segundo o comprimento devião empregar-se meios analogos aos empregados para remediar o cavalgamento dos fragmentos da clavicula. O seo apparelho compõe-se de um coxim espesso collocado entre a raiz das duas coxas, o qual tem por fim, approximados os joelhos, repellir para fóra a extremidade superior do fragmento inferior; elle restitue ao membro seo comprimento normal, reduz o deslocamento segundo a circumferencia, colloca seo coxim e ata os dous joelhos.

A suspensão tambem foi applicada no tratamento das fracturas do collo do femur.

Nelaton diz que o apparelho de Bonnet é o unico que preenche todas as indicações d'essas fracturas, e que sua vantagem sobe de ponto quando o doente é moço e robusto para o qual não se tem a temer os funestos resultados de uma immobilidade prolongada. Diz mais que quando esse apparelho não puder ser empregado por qualquer circumstancia, faça-se uso do de Boyer cuja acção posto que menos perfeita tem a vantagem de prevenir o encurtamento. Ainda mais que quando nenhum d'estes puder ser applicado, e que portanto o deslocamento segundo a espessura tornar-se definitivo, que o cirurgião procure evitar o deslocamento segundo a direcção, levando para dentro e para diante a ponta do pé e fixando-a n'esta posição por meio de um apparelho composto de duas talas unidas em angulo recto, das quaes uma é fixa por uma atadura na região plantar, emquanto que a outra fica livre e se dirige horisontalmente para fóra a fim de prevenir um novo desvio n'este sentido. Este pequeno apparelho, diz o

mesmo cirurgião, apesar de não ter a vantagem de corrigir o encurtamento, todavia além de não ser incommodo, previne a rotação para fóra e os seos resultados.

O Sr. Adolphe Richard diz-nos o seguinte: « o unico apparelho bom para as fracturas do collo do femur é a gotteira de Bonnet cuja creação foi um dos grandes beneficios da cirurgia hodierna. A gotteira de Bonnet salva a vida dos doentes, salva a vida porque ella é compromettida nos velhos accommettidos de fractura do collo. Um terço succumbia, hoje graças ao apparelho do celebre cirurgião de Leão, salvam-se sete oitavos; o que attribue elle ao aceio em que podem ser conservados os doentes. »

São estes os apparelhos mais ordinariamente empregados no tratamento das fracturas do collo do femur. Alguns authores porém o dirigem conforme a variedade que se apresenta.

Nas fructuras intra-capsulares os cirurgiões tem variado o tratamento desde a espectação quasi simplesmente até o emprego dos meios mais energicos.

Astley Cooper adoptou no tratamento d'estas fracturas um methodo desusado antes d'elle; conservava seos doentes no leito e na posição horisontal, o membro em semiflexão sobre um duplo plano inclinado, a coxa sujeita a uma extensão continua durante dez a quinze dias para combater a inflammação; depois do que, permittia ao doente levantar-se, o fasia sentar-se em uma cadeira bastante alta para evitar uma flexão da coxa forte e dolorosa, mandava-o marchar com muletas apoiando ligeiramente o pé sobre o solo; e a proporção que a marcha ia se tornando menos penosa, substituia as muletas por um bastão até que podesse marchar sem nenhum apoio. Depois da cura corrigia o encurtamento por meio de sapato de salto elevado. O mesmo cirurgião aconselha que no caso da menor duvida sobre a natureza da fractura deve-se tratar como de uma fractura extra-capsular porque é susceptivel de consolidação. Este methodo de Astley Cooper já se vê que não póde ser abraçado por aquelles que admittem a consolidação ossea para as fracturas intra-capsulares; assim Dupuytren, Sanson etc. conservavão seos doentes por trez ou quatro meses sobre um duplo plano inclinado.

Vidal de Cassis aconselha que sempre que o estado do individuo permittir, se recommende a immobilidade do membro; que quando se tentar a consolidação ossea para estas fracturas, deve-se ter o doente sobre um duplo

plano inclinado por trez ou quatro meses para o adulto; e por setenta ou oitenta dias para o individuo mais jovem.

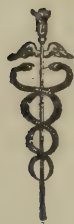
Acha elle tambem vantajoso collocar os dous membros sobre o largo apparelho de Astley Cooper, visto como a menor inclinação da bacia póde prejudicar a perfeita coaptação dos fragmentos; assim como recommenda que se exerça uma pressão sobre o trochanter quer por meio de uma cintura de Astley Cooper, quer por meio de uma tala que se estendesse da crista iliaca aos joelhos presa superior e inferiormente por uma correia.

As fracturas extra-capsulares, como já vimos se consolidão por um callo osseo, o tratamento d'ellas deve pois ter por fim restabelecer as relações normaes dos fragmentos, mantel-os n'esta posição e em uma immobilidade completa até a formação do callo. N'estas fracturas o encurtamento, em consequencia da disposição dos fragmentos, não vai além de algumas linhas; n'ella muitas veses o fragmento superior está encravado no tecido reticular do inferior, e quando isto se dá não se deve tentar corrigir o encurtamento, porque assim iriamos destruir o contacto d'elles; n'este caso o cirurgião renunciará dar ao membro seo comprimento normal e se limitará a corrigir a rotação. Os apparelhos de Brunninghausen e de Astley Cooper preenchem bem esta indicação. Quando porém os fragmentos não estão encravados, se ficão moveis, o encurtamento póde tomar maiores proporções: então é preciso corrigil-o para o que fazem-se extensões como nas fracturas do corpo do femur.

A fractura extra-capsular do collo exige um longo tratamento, entretanto quando n'ella existe encravamento dos fragmentos, não se deve temer deslocamento consecutivo e então depois de sessenta dias o doente poderá deixar o leito, no caso contrario, e se se teve necessidade de corrigir um grande deslocamento segundo o comprimento do membro, então o callo deve ter muito mais solidez para resistir ao peso do corpo; n'este caso só no fim do terceiro mez poderá levantar-se o doente.

De todos os apparelhos empregados no tratamento das fracturas que constituem nosso ponto, pensamos com os Srs. Nelaton e Adolphe Richard, que aquelle que melhor preenche todas as indicações d'essas fracturas, é o apparelho de Bonnet.

Baldos de experiencias proprias, apenas pelos resultados dos estudos clinicos dos illustres mestres da cirurgia, podemos preferir este ou aquelle

apparelho. Ainda mesmo que as tivessemos, principiantes como somos, era occasião de dizermos com Zimmerman: « L'experience des autres est quelque fois plus avantageuse que la nôtre, même dans les cas que nous avons eu lieu d'observer. »

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS.

HEMORRHAGIAS TRAUMATICAS.

PROPOSIÇÕES.

I.—A lesão do apparelho vascular seguida de escorrimento sanguineo, e trasendo algumas vezes grave incommodo á economia ou mesmo a morte, é o que se chama hemorrhagia traumatica.

II.—A sua causa puramente physica a distingue das hemorrhagias espontaneas.

III.—Os instrumentos cortantes, picantes e contundentes são os agentes d'esta causa.

IV.—As hemorrhagias traumaticas pódem ser arteriaes, venosas ou capillares.

V.—A séde mais ou menos affastada do centro circulatorio torna as hemorrhagias mais ou menos graves.

VI.—O diagnostico das hemorhagias traumaticas nem sempre é facil.

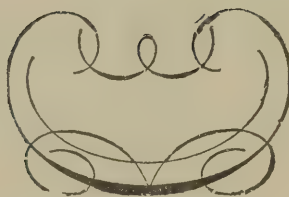
VII.—A compressão é um meio precioso para esclarecel-o.

VIII.—A idade, temperamento, constituição e séde da lesão, são circumstancias que modificão o prognostico.

IX.—A ligadura, compressão, torsão, hemostaticos, cauterisação e o frio, são tantos meios applicados no tratamento das hemorrhagias traumaticas.

X.—A ligadura é sem contestação de todos elles o meio mais seguro e definitivo.

XI.—A transfusão é um meio tambem empregado no tratamento das hemorrhagias.

XII.—No emprego d'este meio deve o cirurgião ter o maior cuidado afim de que não haja penetração de ar nas veias.

SECÇÃO DE SCIENCIAS ACCESSORIAS.

RESPIRAÇÃO NOS VEGETAES.

PROPOSIÇÕES.

I.—Absorver acido carbonico, decompol-o, restituir o oxigenio e fixar o carbono, taes são os phenomenos que constituem a respiração vegetal.

II.—A respiração vegetal é um phenomeno providencial da natureza

III.—É ella uma fonte inexgotavel de oxigenio puro.

IV.—Ella repara as perdas que soffre a atmosphera em consequencia da respiração dos animaes.

V.—As folhas e partes verdes assim como as raises são orgãos pelos quaes se faz a respiração vegetal.

VI.—A agoa do solo e o ar atmospherico são fontes donde tirão acido carbonico os vegetaes.

VII.—A luz do sol é condição essencial a producção da respiração vegetal.

VIII.—Os phenomenos respiratorios dos vegetaes dão-se tambem pelas petalas e stames tanto durante o dia como durante a noite.

IX.—A respiração pela flor consiste na exhalação de acido carbonico e absorpção de oxigenio.

X.—A emissão nocturna de acido carbonico é um phenomeno puramente physico.

XI.—Os vegetaes privados de luz ao mesmo tempo que desprendem acido carbonico absorvem oxigenio.

XII.—A absorpção nocturna de oxigenio é um phenomeno chimico que tem por fim modificar a composição dos materiaes contidos nos tecidos.

SECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS.

PROGNOSTICO.

PROPOSIÇÕES.

I.—Predizer a marcha da molestia e futuro do doente tal é o fim do prognostico.

II.—Como dizia Hyppocratis, o melhor medico será sem duvida aquelle que melhor souber prever.

III.—O prognostico é para o medico o que a bussola é para o nauta.

IV.—Difficil é tratar uma molestia sem prever o que póde ou deve apresentar-se no seu curso.

V.—O medico que à sciencia reunir prudencia não fará um prognostico senão com a maior circumspecção.

VI.—O tino medico é uma qualidade preciosa para a sciencia do prognostico.

VII.—O verdadeiro prognostico funda-se no diagnostico e no conhecimento das diversas circumstancias que se referem quer a molestia, quer ao doente e quer a algumas influencias hygienicas e outras em que elle vive.

VIII.—A causa, os prodromos, e o começo da affecção, seos symptomas, sua marcha, séde, naturesa e intensidade são tantos signaes prognosticos.

IX.—Ainda signaes prognosticos encontra o medico na idade, sexo, herança, constituição, temperamento, estado moral, habitos, profissões etc.

X.—Elementos de prognostico são tambem os climas, as localidades etc.

XI.—O caracter sporadico ou epidemico de uma molestia é uma circumstancia importantissima para o prognostico.

XII.—Infelizmente até a posição de fortuna do doente deve ser attendida, quando se estabelece um prognostico.

HYPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experiencia fallax, judicium difficile.

(Sect. 1.ª Aph 1.º)

II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisite, optima.

(Sect. 1.ª Aph. 6.º)

III.

Ubi somnus delirium sedat, bonum.

(Sect. 2.ª Aph. 3.º)

IV.

Pus veró optimum est album, œquale et leve, et quam minimum graveolens; huic autem maxime contrarium, pessimum.

(Sect. 1.ª Aph. 41.º)

V.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum.

(Sect. 5.ª Aph. 3.º)

VI.

Vulneri convulsio superveniens, lethale.

(Sect. 5.ª Aph. 2.º)

BAHIA.—Typographia de J. G. Tourinho—1870.

Remettida á Commissão Revisora. Bahia e Faculdade de Medicina em 29 de Agosto de 1870.

Dr. Cincinato Pinto.

Está conforme os Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 30 de Agosto de 1870.

Dr. Demetrio.
Dr. Moura.
Dr. V. C. Damazio.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 31 de Agosto de 1870.

Dr. Baptista
Director.